

令和      年      月      日

## 関係機関に個人情報を提供することについての承諾書

在宅におけるより良い生活援助と自立支援を実現するため、事業所の責任者が、私と家族の必要事項の情報を関係機関に対し伝達する事を了承いたします。

### (1) 情報提供先

1. ご利用される 介護保険事務所
2. 受診される医療機関
3. 熊本県国民健康保険団体連合及び熊本県健康福祉部長寿社会局
4. その他、情報共有が必要と両者が認めた事業所

### (2) 情報に際し留意する事項

#### (秘密保持)

1. 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
2. 事業者は、利用者からの予め文書で同意を得ない限り、居宅事務所等に対し、利用者、及びその家族の個人情報を用いません。
3. 事業者は、利用者の医療上、緊急性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また、サービス担当者会議においても同様と致します。

私は事業者から、通所介護サービス提供開始にあたり、関係機関に個人情報を提供することを承諾します。

利用者    <住所> \_\_\_\_\_  
            <氏名> \_\_\_\_\_ (印)

代理人    <住所> \_\_\_\_\_  
            <氏名> \_\_\_\_\_ (印)

ご家族    <住所> \_\_\_\_\_  
            <氏名> \_\_\_\_\_ (印)

身元引受人(連帯保証人): 続柄 \_\_\_\_\_  
                            <住所> \_\_\_\_\_  
                            <氏名> \_\_\_\_\_ (印)